

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153512_0195

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Mme N. SCHAEFFER *Nathalie*

Née à Nantes, le 2 juillet 1884

RELATIONS DE CERTAINS ECZÉMAS AVEC LES ULCÉRATIONS DU TUBE DIGESTIF

Président: M. JEANSELME, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1924

LE DOYEN: M. ROGER

I. — LES PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECENE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale.....	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JENSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	De LAPERSONNE.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale.	LARDENNOIS .	Pathologie chirurgi- cale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	LE LORIER.....	Obstétrique.
BASSET	Pathologie chirurgi- cale.	LEMAITRE	Oto-rhino-laryngolo- gie.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	LEMIERRE	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.	LÉVY-SOLAL ..	Obstétrique.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.	LHERMITTE ..	Pathologie médicale.
BRANCA	Histologie.	LIAN	Pathologie médicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.	MATHIEU	Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET	Pharmacologie et ma- tière médicale.	METZGER	Obstétrique.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale.	MOCQUOT	Pathologie chirurgi- cale.
CHAMPY	Histologie.	MONDOR	Pathologie chirurgi- cale.
CHIRAY	Pathologie médicale.	MOURE	Pathologie chirurgi- cale.
CLERC	Pathologie médicale.	MULON	Histologie.
DEBRÉ	Hygiène.	PHILIBERT	Bactériologie.
I. de JONG.....	Anatomie pathologi- que.	RIBIERRE	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.	RICHET Fils...	Physiologie.
ÉCALLE	Obstétrique.	ROUVIÈRE	Anatomie.
FIESSINGER ..	Pathologie médicale.	STROHL	Physique médicale.
FOIX	Pathologie médicale.	TANON	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expéri- mentale.	TIFFENEAU ...	Pharmacologie et ma- tière médicale.
HARVIER	Pathologie médicale.	VAUDESCAL ...	Obstétrique.
HEITZ-BOYER .	Urologie.	VERNE	Histologie.
HOVELACQUE .	Anatomie.	VILLARET	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.	WELTER	Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

CAMUS	Physiologie.	RETTERER	Histologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.		Anatomie pathologi- que.
GUÉNIOT		ROUSSY	

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	OMBREDANNE.	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	PROUST	Clinique chirurgicale
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.	RATHERY	Pathologie médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale
LÉRI	Clinique médicale.	TERRIEN	Clinique ophtalmologique.
LÉPER	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes. Stomatologie. Education physique. Radiologie clinique.
FREY	
N.	
LEDoux-LEBARD	

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. LE PROFESSEUR JEANSELME

*qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX DE NANTES

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

A MES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

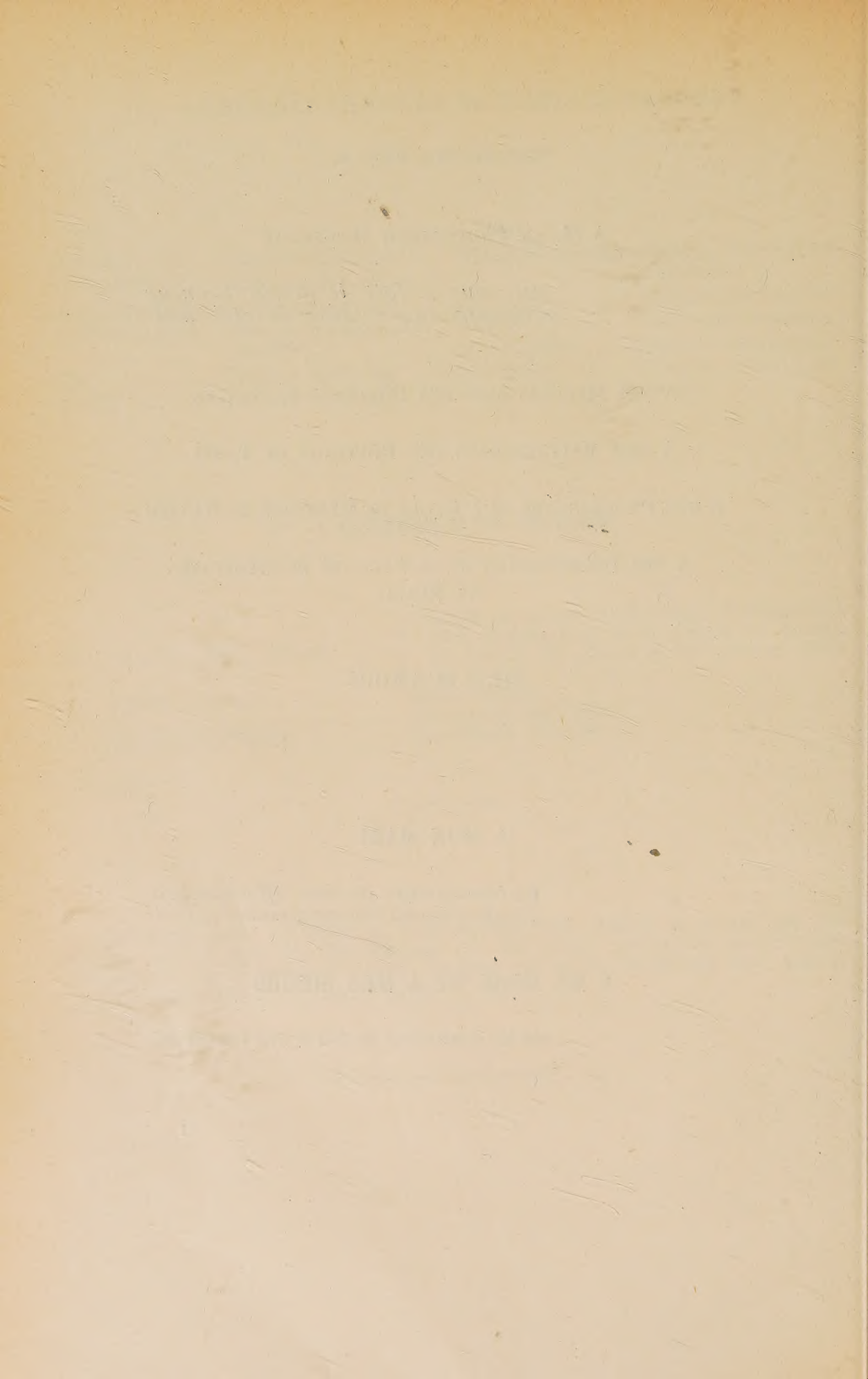
MEIS et AMICIS

A MON MARI

*en témoignage de mon affection pro-
fonde et de ma reconnaissance infinie*

A MA MÈRE ET A MES SŒURS

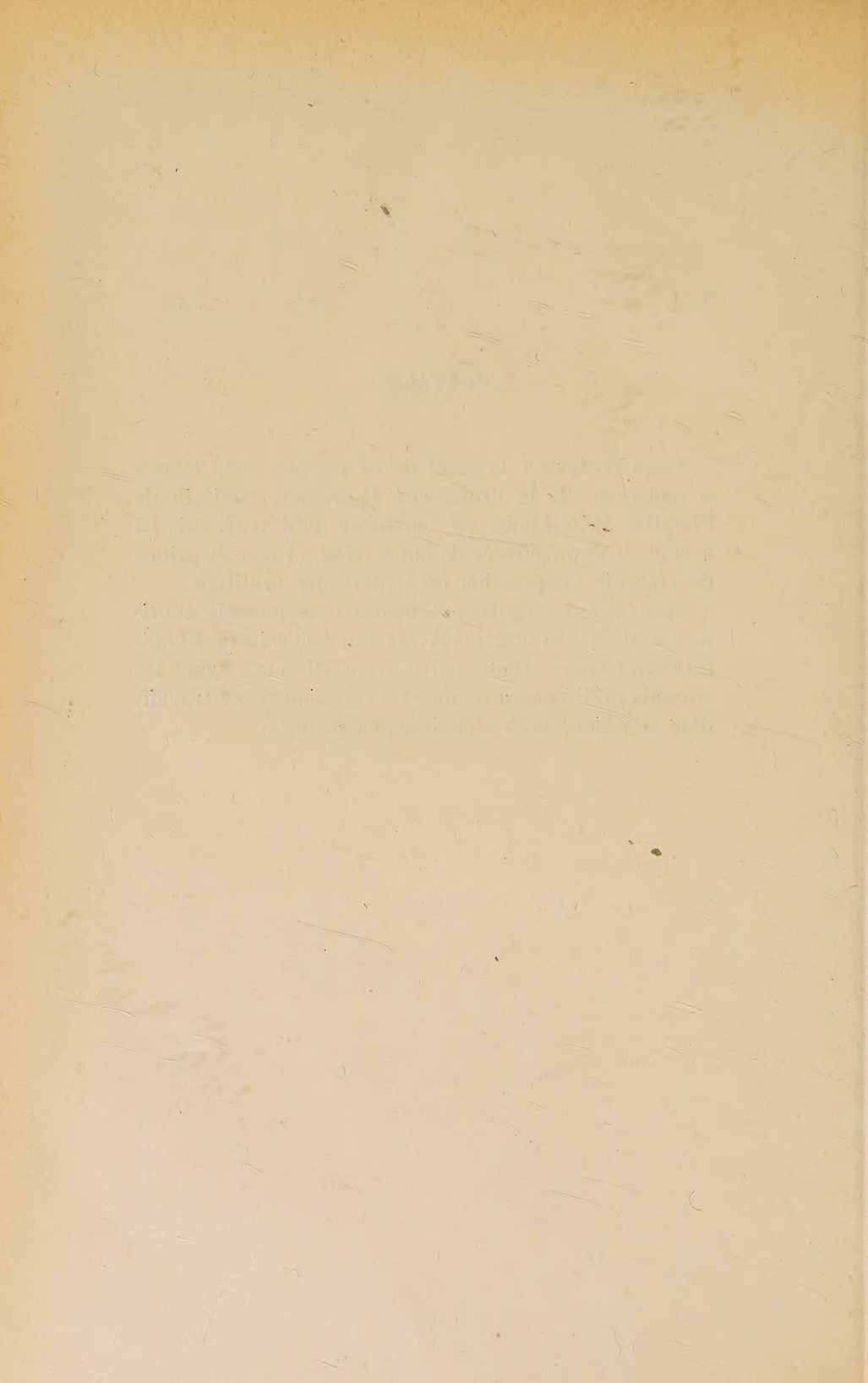
en les assurant de toute ma tendresse.



PREFACE

Avant d'aborder le sujet de ce travail, nous tenons à remercier M. le Professeur Jeanselme, médecin de l'hôpital Saint-Louis, de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse, et nous le prions de recevoir l'expression de toute notre gratitude.

Nous sommes également heureux de pouvoir exprimer à M. le Docteur Lortat Jacob, médecin de l'hôpital Saint-Louis, toute notre reconnaissance pour les conseils qu'il nous a donnés à l'occasion de ce travail, dont il a bien voulu nous indiquer le sujet.



INTRODUCTION

C'est actuellement une notion courante, populaire même, qu'il existe une relation étroite entre les affections cutanées et les troubles gastro-intestinaux. C'est en même temps une notion très ancienne, et, si l'on voulait établir une nomenclature complète des auteurs ayant traité cette question, il faudrait commencer aux origines de la médecine.

Sans remonter jusqu'à l'antiquité, nous trouvons en 1777, dans le traité très documenté de Lorry (*Tractatus de morbis cutaneis*, p. 26-51), l'affirmation qu'il existe une relation étroite entre les maladies de la peau et les affections de l'estomac : « Il se peut qu'il y ait un lien direct entre l'estomac et la peau. Il est fréquent — on l'a observé plusieurs fois — que l'ingestion d'une substance irritante détermine sur la peau une éruption pustuleuse ou papuleuse, ou entraîne encore un prurit anormal. Les médecins ont fait fréquemment de telles observations. »

C'est rapporter nettement à une cause interne l'origine de certaines éruptions cutanées.

La même année, Stoll, de Vienne (*Ratio medendi*, pars prima, p. 44), est aussi catégorique et n'hésite pas

à écrire : « Il faut presque toujours **chercher dans une altération de l'appareil gastro-intestinal l'origine des éruptions cutanées.** »

Mais c'est au XIX^e siècle que la théorie de l'influence exercée par les diverses dyspepsies sur les lésions cutanées connaît sa plus grande vogue, et c'est en particulier dans les travaux de Bouchard que l'on voit apparaître cette notion que la fermentation gastro-intestinale serait une cause d'eczéma.

C'est en étudiant de plus près les rapports qui existent entre certains eczémas et certaines dyspepsies que M. Lortat Jacob a mis en lumière toute une catégorie de faits où l'eczéma était accompagné d'une ulcération du tractus digestif, ulcère stomacal ou duodénal, ou banales ulcérations dues à l'helminthiase. Ce sont ces faits qui feront le sujet de cette thèse. Nous rappellerons d'abord les diverses théories concernant l'étiologie et la pathogénie des eczémas, en particulier la notion récente de sensibilisation, et les relations de certains eczémas avec les ulcérations du tube digestif. Nous résumerons ensuite les méthodes de laboratoire habituellement employées pour la recherche du sang dans les selles, recherche qui fait la base du diagnostic de cette catégorie d'eczémas; enfin, nous rappellerons brièvement les méthodes actuelles de traitement interne et externe, et nous ferons une place à part aux méthodes de désensibilisation et à l'autohémothérapie.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE DES ECZEMAS LEURS RELATIONS AVEC LES ULCERATIONS DU TUBE DIGESTIF

Dans les ouvrages de la fin du XIX^e siècle et du début du XX^e, il était classique d'opposer deux doctrines concernant l'étiologie des eczémats : la française, ancienne, d'après laquelle l'eczéma reconnaît une cause interne, et la doctrine allemande, soutenue par Hébra et son école, qui prétendait que l'eczéma est toujours de cause externe. Pour l'école française, l'eczéma était une éruption diathésique due à une disposition générale de l'organisme, à une altération humorale, appelée par Bazin l'**arthritisme**, et attribuée à un ralentissement de la nutrition (Bouchard).

« L'eczéma est une **toxidermie autogène** due à l'auto-intoxication de l'organisme par les matières extractives azotées. » (Gaucher). Suivant la plupart des anciens dermatologistes français, les irritations externes jouent seulement le rôle de causes occasionnelles agissant sur des sujets prédisposés.

Gaucher a insisté sur l'importance des troubles gastro-intestinaux, des écarts de régime, etc..., qui pro-

voquent l'eczéma, mais, seulement chez les eczémateux ou les arthritiques.

Darrier écrit également : « Plus souvent encore on trouve à incriminer des auto-intoxications par dyspepsie gastrique ou intestinale, entérite chronique, constipation, soit qu'il y ait hyperproduction des déchets de la nutrition, ou **résorption de toxines**, ou insuffisance des émonctoires. » Darrier estime que tout eczéma résulte de la combinaison à dose variable de facteurs externes et de facteurs internes : « Il importe donc dans chaque cas particulier de rechercher par **une analyse clinique minutieuse** quelle est **la dominante étiologique** et quelles sont les conditions accessoires, si l'on veut pouvoir avec quelques chances de succès établir un **traitement rationnel** et prévenir les récidives. »

Actuellement, les conditions étiologiques que l'on admet à l'origine des eczémas peuvent se ranger dans les catégories suivantes, que nous reproduisons en partie, d'après M. le Professeur Gougerot (La dermatologie en clientèle).

1) Terrain diathésique héréditaire ou acquis : arthritisme, goutte, etc..., augmentant les déchets de la désassimilation des tissus, aboutissant à une auto-intoxication.

2) Troubles nerveux, névrosisme. C'est actuellement dans cette catégorie que l'on range fréquemment les eczémas des nourrissons, attribués par les auteurs plus anciens à des troubles gastro-intestinaux, et qui pourraient peut-être, dans certains cas, être classés avec ces eczémas par ulcération du tube digestif que nous étudions ici.

3) Fautes alimentaires apportant des poisons ou une quantité excessive de substances exogènes qu'un tube digestif, même normal, ne pourrait transformer en substances utiles non toxiques.

4) Troubles **gastro-intestinaux**, hépatiques, produisant une mauvaise élaboration d'aliments qui, restant des produits hétérogènes, agissent comme des toxiques. Les troubles hépatiques sont intéressants à considérer, le foie, dans ce cas, neutralisant incomplètement les toxines intestinales. Rappelons également qu'une toxine introduite directement dans la circulation, ne rencontrera pas la barrière hépatique, d'où trouble analogue à celui qui accompagne la déficience fonctionnelle du foie.

5) Constipation.

6) Troubles uni- ou pluriglandulaires.

7) Troubles de la diurèse.

8) Sensibilisation à certains produits, sorte d'anaphylaxie.

9) Défaut d'hygiène cutanée.

En ce qui concerne la pathogénie de l'eczéma, on admet actuellement d'une façon générale qu'il s'agit d'une réaction de défense aseptique de la peau contre des irritations multiples. Cette réaction prend l'aspect particulier de l'eczéma, grâce à un terrain spécial, dit eczématisable, qui consisterait en une fragilité, une **porosité** cutanée et surtout épidermique. Il faut donc pour réaliser l'eczéma deux facteurs associés :

1° Une **irritation cutanée**, venue du dehors ou du dedans : la réaction inflammatoire que l'on trouve ici au grand complet, rougeur, tuméfaction œdémateuse,

chaleur, douleur, cherche à combattre l'action nocive des irritants le plus souvent chimiques amenés à la peau. L'œdème y tient la première place : c'est, en effet, l'œdème épidermique qui donne la vésicule, et qui sert à diluer les toxiques pour les rendre moins nocifs.

2° Un **terrain spécial**, eczématisable, qui est nécessaire pour que l'irritation externe puisse déterminer un eczéma. Chez ces malades à peau fragile, l'irritant pénètre la peau précisément parce qu'elle est poreuse. Pour se défendre, l'organisme réagit suivant le mode inflammatoire et appelle de l'eau salée pour diluer les toxiques, d'où l'œdème de l'eczéma. Il s'agit donc bien d'une **réaction de défense**. Dans l'eczéma dit **endogène**, qui nous occupe surtout ici, les irritations locales exercent une influence déterminante ou localisatrice indéniable, mais **l'auto-intoxication** par trouble gastro-intestinal, hépatique, glandulaire, etc..., ou par passage direct des toxines dans le sang, supprimant l'action d'arrêt du foie, est le facteur principal. L'aboutissant de ces troubles nutritifs, avec ou sans lésions rénales, est la rétention des poisons dans l'organisme. On en revient, en somme, à cette formule classique que « l'eczéma est une toxidermie autogène ».

Certains individus, pour des raisons obscures, héréditaires ou acquises, ont, plus facilement que d'autres, tendance à faire des éliminations par la peau. Leur peau fragile, poreuse, se laisse transpercer par les toxiques : il en résulte une dermatose, qui est habituellement **l'épidermodermite œdémateuse de l'eczéma**.

En effet, nous avons vu que les poisons qui se dirigent vers le derme, appellent de l'eau chlorurée qui les

dilue, car les poisons dilués sont moins nocifs. Il en résulte l'œdème du derme, puis de l'épiderme, et l'eczéma se trouve constitué. Il y a donc dans l'eczéma une **double réaction de défense** : tout d'abord **l'effort éliminateur** vers la peau, qui tend à débarrasser l'organisme ; ensuite la **réaction inflammatoire** et la dilution par l'œdème, afin que les poisons en voie d'élimination soient moins nocifs.

« Le plus souvent, écrit M. le Professeur Gougerot, l'eczéma est à la fois **externe et interne**. Le terrain eczémateux diathésique est tout prêt à faire de l'eczéma quand une irritation externe vient déclancher, appeler, localiser la dermatose. »

En somme, au milieu de toutes ces théories, on retrouve plus ou moins clairement la vieille doctrine de Bouchard, l'influence des fermentations gastro-intestinales sur l'eczéma. Cette formule n'est toutefois pas absolument satisfaisante : elle est à la fois trop vague et trop générale. C'est ainsi qu'il y a de nombreux dyspeptiques et que tous ne sont pas eczémateux, tant s'en faut. Nous avons vu qu'il semble nécessaire, pour faire de l'eczéma, d'avoir une prédisposition particulière, de présenter un terrain eczématisable. C'est ici qu'extérieurement les notions souvent confuses de l'arthritisme, de la goutte, d'une diathèse, et celles, plus récentes, de **sensibilisation**, d'**anaphylaxie**.

Chaque organisme se comporte d'une manière différente en présence des mêmes agressions extérieures. Ce mode de réaction propre à chaque individu était désigné sous le nom d'**idiosyncrasie**, grâce à laquelle, en présence d'agents nocifs, ou même habituellement indif-

férents, les uns présentent une intolérance plus ou moins marquée, tandis que d'autres se montrent parfaitement résistants. On attribuait ces troubles à un processus chimique d'intoxication, qui pouvait se produire à la faveur d'insuffisances viscérales, créant une véritable prédisposition morbide (Bouchard). Et c'est contre l'intoxication que la thérapeutique était avant tout dirigée.

D'ailleurs, il faut bien avouer que dans la majorité des cas, sensibilisation, intolérance, et intoxication progressive, sont impossibles à distinguer l'une de l'autre. La sensibilisation ne s'individualise nettement, que lorsqu'elle rentre dans la définition étroite mais précise, de l'anaphylaxie telle que l'a donnée Richet.

Il semble cependant qu'à côté des troubles vraiment dus à l'intoxication, il en est qui paraissent provoqués par un processus de tout autre nature, lié à des modifications de notre état humoral. Ces modifications auraient pour base, suivant M. le Professeur Widai et son école, un processus d'ordre physique dû à la modification de l'équilibre colloïdal de nos humeurs, d'où l'indication d'une thérapeutique nouvelle tout à fait spéciale. Comment se produisent ces modifications du milieu humoral ? C'est ce qu'a éclairci en 1902 la découverte de l'anaphylaxie par Richet : à la suite de l'introduction dans un organisme d'une dose non nocive d'un corps étranger, il peut apparaître dans cet organisme des modifications telles qu'une deuxième dose anodine, du même corps provoque des manifestations très brusques et de gravité très variable, constituant le choc anaphylactique. Il y a donc eu **sensibilisation** de

l'animal en expérience. Ces recherches, complétées par celles d'Arthus, de Widal, Achard, Nolf, etc., ont précisé la symptomatologie du **choc** net et complet. En clinique, les faits sont plus complexes et moins nets. Darier et Flandin ont proposé la classification suivante pour tous les phénomènes de cet ordre :

1° **L'anaphylaxie** (injection préparante, injection déchaînante) ;

2° **La sensibilisation**, dans laquelle les conditions de l'anaphylaxie sont moins nettement réalisées. C'est dans ce cadre que se rangent les faits que nous étudions ici.

3° **La sensibilité** de certains individus à certaines substances.

Toutes ces notions que nous venons de rappeler ont leur intérêt dans les cas qui nous occupent ; elles interviendront dans l'examen clinique du malade, et serviront de base à la thérapeutique instituée.

C'est M. Lortat Jacob, médecin de l'hôpital Saint-Louis, qui, reprenant les observations cliniques concernant des eczémas survenant chez des dyspeptiques, a mis en évidence toute une catégorie de malades jeunes, entre 18 et 45 ans, chez qui les troubles digestifs affectent une allure très particulière. Ce sont, écrit-il, des sujets « souffrant par intermittence de douleurs stomacales après les repas, de tension abdominale, de pyrosis, de douleurs à type transfixiant, ou de douleurs soulagées par l'ingestion de substances alimentaires. Ces douleurs surviennent par crises, par périodes. Elles tiennent à la fois du type hyperchlorhydrique, tantôt ulcère stomacal ou duodénal, tantôt la douleur est nulle

et cependant il existe dès troubles dyspeptiques vagues avec anémie plus ou moins apparente. »

En présence d'un tel syndrome, la recherche systématique des ulcérations du tractus digestif s'impose au médecin. On recherchera le sang soit dans les vomissements, s'il y en a, soit dans les selles. Parfois le malade lui-même reconnaît la présence de sang (1). Mais le plus souvent, il s'agira d'hémorragies occultes, qui passeront tout à fait inaperçues, et du malade, et du médecin, si l'on ne songe pas à les rechercher systématiquement par les méthodes de laboratoire.

(1) Cf Observation IV.

RECHERCHE DU SANG DANS LES SELLES

Ce sont Œttinger et Mathieu en France, qui ont attiré l'attention sur les hémorragies occultes et l'importance qu'il y a à les dépister. Pour pratiquer leur recherche, il y a intérêt à opérer sur des selles fraîches et de mettre le malade, pendant les trois jours qui précèdent l'analyse, au régime lacté ou lacto-végétarien. On pourrait cependant se borner à supprimer complètement la viande, surtout crue, le boudin et les préparations d'hémoglobine et de fer, les autres aliments étant permis. Il faudra s'enquérir de l'état des dents et des gencives, qui saignent très facilement chez certains sujets. Enfin, avant de faire le prélèvement d'un échantillon de selles, il faudra que le malade note s'il n'a pu éviter le sang hémorroïdaire. Le médecin devra aussi éviter de pratiquer les jours précédents des catéthérismes gastriques.

On ne devra pas s'en tenir à une seule réaction si elle est négative, mais recommencer à deux ou trois jours d'intervalle pendant une semaine ou deux. De même, en cas de réaction positive, la surveillance, à intervalles réguliers, de l'intensité de cette réaction,

peut donner des indications sur l'abondance de l'hémorragie.

Ordinairement, le sang colore les selles en noir ; c'est le melœna. Mais, dans de nombreux cas, il ne s'agit pas d'une hémorragie, mais d'un simple suintement sanguin qu'il s'agit de dépister : le sang alors ne modifie pas sensiblement la couleur des selles et passe inaperçu. D'autre part, il y a des selles putrides qui sont presque noires et ne contiennent pas de sang.

Aussi est-il nécessaire de s'assurer par des méthodes précises de la présence ou de l'absence de sang dans les selles. Il est rare que l'on puisse constater la présence d'hématies, car elles se détruisent très vite dans leur séjour intestinal. Il faut avoir recours aux méthodes chimiques sensibles pour déceler l'hémoglobine et ses dérivés. Ces méthodes se divisent en deux groupes. Dans l'un, on met en évidence l'hémoglobine par ses propriétés oxydasiques. Dans l'autre, on se propose la constatation directe au microscope des cristaux sanguins. Les méthodes le plus habituellement employées appartiennent au premier groupe.

PREMIER GROUPE : REACTIONS OXYDASIQUES

1° **Réaction de Weber** au gaïac. On prend gros comme une noix de matières non diluées et on les triture avec de l'acide acétique glacial (qui met l'hémoglobine en liberté), de manière à obtenir une pâte fluide. Puis on verse dans ce mélange 5 à 10 gr. d'éther, on agite avec précaution jusqu'à ce que l'éther se co-

lore. On décante l'éther dans un tube à essais. On a ainsi obtenu une extraction colorée des pigments sanguins transformés en hématine. C'est sur cet éther qu'on pratiquera la réaction classique du gaïac ; on a écrasé un petit fragment de résine de gaïac avec un peu d'eau pour en faire une teinture fraîche, que l'on filtre. On verse quelques gouttes de cette teinture sur l'éther, on ajoute un demi-centimètre cube d'eau oxygénée, on remue. Tantôt immédiatement, tantôt plus tardivement, l'extrait éthéré qui surnage prend une teinte bleue d'autant plus intense qu'il y a plus d'hémotinine. La couleur ne change pas en l'absence de sang.

Cette réaction est sensible, mais il faut cependant que deux grammes de sang aient été mélangés aux matières pour qu'elle soit positive. Elle n'en a alors que plus de valeur. D'autres corps que le sang peuvent donner théoriquement la réaction : le pus, par exemple.

On notera qu'un excès d'eau oxygénée détruit la réaction : on ne l'ajoutera donc que goutte à goutte, surtout si elle est fraîche.

2° Réaction de Kastle-Meyer à la phénolphtaléine. Le réactif de Meyer se conserve très longtemps avec un peu de poudre de zinc dans le fond de la bouteille. La technique de la réaction est la suivante : on met dans un tube à essais une dilution très étendue de fèces, 1/2 à 1 cm³ de réactif, deux à cinq gouttes d'eau oxygénée. Il ne se passera rien s'il n'y a pas de sang. S'il y a du sang, une coloration rouge se forme presque immédiatement, s'étendant progressivement en nuage bien limité vers le fond du tube.

La phénolphtaléine, réduite en phtaline par le zinc, est régénérée par l'oxygène dégagé aux dépens de l'eau oxygénée par les pigments hématiques. Comme le milieu est alcalin, elle prend la coloration rouge bien connue.

Il ne faut pas tenir compte des réactions tardives ni des colorations trop légères. Cette réaction étant extrêmement sensible, les traces de sang interprétables en clinique la rendent nettement positive : elle décèle un suintement d'un demi-centimètre cube de sang par jour.

Les causes d'erreur signalées par certains auteurs sont éliminées pratiquement par cette façon de procéder. C'est une réaction très sûre et qui ne risque jamais de conclure à l'absence de sang en cas de méloëna, comme la réaction de Weber.

Il n'y a qu'un cas où la réaction de Kastle-Meyer perde un peu de sa sensibilité. C'est quand il s'agit de selles riches en savon de chaux, et un peu vieilles. Le collage de la chaux par la liqueur alcaline semble retarder un peu la coloration. On remédie à cet inconvénient en agitant le liquide avec quelques gouttes d'acide acétique avant de verser le réactif, ou bien en laissant en contact quelques instants le réactif et la dilution, avant d'ajouter l'eau oxygénée.

3° Réaction de Thévenon et Rolland. La dernière venue, elle présente un grand intérêt pratique. On fait une solution de pyramidon à 5 pour 100 dans l'alcool à 90°. On met une quantité égale de dilution fécale et de ce réactif dans un tube à essai, on ajoute une dizaine de gouttes d'acide acétique au tiers et quelques

gouttes d'eau oxygénée. S'il y a beaucoup de sang, une coloration d'un violet intense paraît instantanément. S'il y en a moins, elle est plus tardive et moins bleutée. Cette réaction présente l'avantage de pouvoir s'improviser partout, et l'on peut, grâce à elle, éclairer un diagnostic douteux. Mais Escherich a montré qu'elle est assez sensible aux nitrites. De plus, elle pâlit assez rapidement.

On a proposé une quantité d'autres réactifs colorés, basés sur la propriété que possèdent les pigments sanguins de décomposer l'eau oxygénée. Telles sont les réactions à la fluorescéine, à la benzidine. Nous décrivons encore cette dernière.

4° Réaction à la benzidine. On prépare une solution de 15 centigrammes de benzidine dans 5 centimètres cubes d'acide acétique, solution facile à faire si l'on chauffe légèrement. On mélange un centimètre cube de cette solution avec X gouttes d'eau oxygénée à 5 pour 100, puis on ajoute deux ou trois gouttes d'une dilution de fèces obtenue en chauffant gros comme un pois de matières dans quelques centimètres cubes d'eau. S'il y a présence d'hémoglobine, on voit se former un anneau bleu ou vert dans le mélange, au plus tard une minute après la préparation.

On peut également préparer au moment de l'emploi une teinture alcoolique de benzidine, que l'on obtient rapidement en faisant dissoudre les matières dans 5 cm³ d'eau distillée à laquelle on ajoute quelques gouttes d'acide acétique. On met dans un tube à essais le mélange, auquel on ajoute 1 cm³ de teinture de benzidine,

puis, après agitation, quelques gouttes d'eau oxygénée. Si la réaction est positive, on voit se produire la même coloration que précédemment.

DEUXIEME GROUPE : RECHERCHE DIRECTE DES PIGMENTS SANGUINS

Les réactions que nous venons de décrire donnent une certitude suffisante pour la clinique, et jamais, pratiquement, on n'a recours, pour dépister les hémorragies occultes, à la recherche des cristaux d'hémine ou des cristaux de Teichmann, qui reste du domaine de la médecine légale.

En pratique, il est prudent, pour cette importante recherche des hémorragies occultes, de faire deux réactions se contrôlant l'une l'autre. La réaction de Kastle-Meyer, si elle est négative, suffit. Si elle est nettement positive, on pratiquera la réaction de Weber qui, moins sensible, n'accusera, si elle est également positive, que des quantités de sang notables et nettement interprétables.

Nous avons vu que la recherche du sang dans les selles, dans les cas cliniques tels que les a définis M. Lortat Jacob, devait être systématiquement pratiquée. Nous avons dit également qu'elle doit être renouvelée à intervalles rapprochés. En effet, l'ulcération ne saigne pas toujours d'une façon continue, et il importe de déceler l'hémorragie au moment où elle se produit. On

renouvellera donc les recherches de laboratoire : il est exceptionnel que, pratiquées systématiquement à des périodes diverses, elles ne donnent pas, pour un malade appartenant à la catégorie signalée par M. Lortat Jacob, à un moment donné, un résultat positif.

VALEURS DES HÉMORRAGIES OCCULTES CONSTATEES CHEZ LES ECZEMATEUX

Si nous avons donné une si grande importance aux examens de laboratoire qui permettent de déceler les hémorragies occultes, c'est que, bien souvent, la symptomatologie propre à l'érosion gastrique se bornera à cet unique symptôme, les signes cliniques étant très peu marqués. D'autre part, la constatation de ces hémorragies permettra seulement d'affirmer la présence d'une **érosion gastrique**. Il y aura lieu, pour préciser le diagnostic, de faire d'autres examens radiologiques, chimiques, microscopiques, qui pourront donner un diagnostic exact.

Quelle est la relation qui peut exister entre cette ulcération et l'eczéma qui, bien souvent, était le seul symptôme qui amenait le malade à la consultation ?

« C'est pour avoir fait maintes fois de telles constatations, écrit M. Lortat Jacob, qu'aujourd'hui il nous paraît indispensable de ne plus envisager chez certains eczémateux les troubles dyspeptiques vagues, ni d'incriminer au hasard les dilatations d'estomac, les fermentations digestives, les écarts de régime, parce que, de la constatation précise d'ulcérations digestives, appuyée

sur les douleurs, l'anémie, les hémorragies occultes, découle une conséquence thérapeutique toute différente de celle qu'il est encore classique de prescrire. Le médecin ne visera plus une antisepsie gastro-intestinale souvent illusoire, mais bien le pansement des ulcérations de la muqueuse, parce que ces **ulcérations sont la porte d'entrée** qui commande l'évolution de la **porose cutanée**, porose cutanée, eczématisation, étant alors une réaction de défense ; la peau étant envahie brusquement par les toxines se laisse transpercer par les toxiques et aboutit à l'épidermodermite œdémateuse de l'eczéma. D'ailleurs les faits cliniques sur lesquels s'appuie cette conception abondent pour moi. »

M. Lortat Jacob a publié un certain nombre d'observations résumées que nous reproduisons plus loin.

Dans ces cas, on observait en premier lieu les ulcérations gastro-duodénales, puis apparaissaient des alternatives de poussées d'eczéma et de troubles digestifs. Depuis, de nombreux cas ont été observés où l'eczéma apparaissait en premier lieu ; dans d'autres, au lieu d'un ulcus proprement dit, l'ulcération de la muqueuse digestive était due tout simplement à l'helminthiase.

Une foule de parasites traumatisent plus ou moins l'organisme et perforent les muqueuses. Ceux qui s'attaquent à la muqueuse digestive sont principalement des amibes, des plathelminthes, des némathelminthes. Les femelles de trichine et de strongyloïde vivent dans l'épaisseur de la muqueuse intestinale ; les œufs de bilharzie perforent les muqueuses de l'intestin ; les larves de certains vers (ankylostomes, strongyloïdes cercavis, schistosoma, ascaris, etc...) les perforent éga-

lement. Autant de lésions de la muqueuse qui rentrent dans le cadre que nous étudions.

Tous ces parasites pourront être décelés cliniquement par l'anémie et les troubles fonctionnels, par l'examen direct des selles ; au laboratoire, par l'éosinophilie sanguine, la recherche microscopique des œufs, des anneaux, des kystes, par les réactions humérales. La recherche des œufs de parasites est extrêmement simple : on dilue dans de l'eau physiologique stérile un petit fragment de matière, de façon à obtenir une purée assez liquide dont on examinera une goutte entre lame et lamelle. La préparation doit être mince et régulière.

En ce qui concerne le siège des eczémas observés, notons qu'il s'agit presque toujours dans les observations publiées, d'eczémas de la face et des parties supérieures du tronc : les membres sont plus rarement atteints.

En résumé, nous nous trouvons en présence de toute une catégorie de malades chez qui l'évolution d'un eczéma se trouve liée à une ulcération du tractus digestif. Ce serait à la faveur de cette ulcération que les toxines digestives, passant directement dans la circulation sans avoir à franchir les barrières d'arrêt hépatique, se répandent dans l'organisme qui cherche à les éliminer par la peau. Chez ces malades, évidemment prédisposés pour des causes encore mal définies, l'eczéma constitue d'abord une réaction de défense, l'œdème et la vésicule n'étant pas autre chose qu'une dilution des toxines par l'eau salée. La lésion une fois créée continue à évoluer pour son propre compte, entretenue à la fois par les résorptions continuelles de toxines au niveau de la lésion gastro-intestinale, et par la porosité cutanée.

TRAITEMENT

Le traitement de ces accidents devra s'inspirer de leur pathogénie. Ici, c'est l'ulcération gastrique qui commande le processus épidermique. C'est dire que la première indication sera le pansement des ulcérations gastro-intestinales, si nous sommes en présence d'un ulcus, un traitement antiparasitaire en cas d'helminthiase; il faudra ensuite entreprendre la désensibilisation de l'organisme. Enfin, il ne faudra pas négliger le traitement local.

1° TRAITEMENT DE L'ULCÉRATION GASTRIQUE. — Il comprendra, ainsi que nous venons de le voir, tantôt le traitement de l'ulcus ou des ulcérations gastriques intestinales ou duodénales, et tantôt le traitement anhelmintique, s'il y a lieu.

Si, comme cela s'est produit à plusieurs reprises pour certains des malades dont nous publions les observations, on se trouve en présence d'un ulcus net, stomacal ou duodéal, on devra en entreprendre aussitôt la médication, qui sera en même temps le traitement pathogénique de l'eczéma. Il s'agit généralement d'ulcères

jeunes, où le traitement médical trouve son indication formelle.

Le traitement médical classique comprend l'hygiène, le régime et la médication.

Les règles d'hygiène conviennent à la fois au traitement de l'eczéma et au traitement de l'ulcus. Le malade évitera toute fatigue, tout surmenage, tant intellectuel que physique. Le repos sera une nécessité absolue. Certains médecins conseillent le repos au lit (Sippy, 3 semaines).

En ce qui concerne le régime, il est classique de prescrire un régime étagé, commençant par la diète hydrique, continuant par la diète lactée, pour arriver au régime lacto-végétarien. Le retour à l'alimentation normale sera progressif et suivra les indications de l'état de la peau et de l'appareil digestif.

Pour la diète hydrique. — On administrera de l'eau pure, ou des tisanes à peine sucrées. L'eau est préférable. On la maintiendra pendant au moins six jours, pendant lesquels on surveillera l'élimination de l'urée pour les urines. Une brusque augmentation pourrait faire craindre l'autophagie et l'acidose. Pour éviter ces accidents, on alimentera le malade par les voies hypodermique et rectale : on injectera tous les jours sous la peau de 250 à 500 grammes de sérum glucosé ou lactosé, et pour les lavements nutritifs, on évitera le lavement alimentaire du codex, dont le jaune d'œuf ne peut que se putréfier. Certaines formules fournissent 300 calories par lavement, de sorte qu'avec deux ou trois la-

vements par jour, un adulte au repos absolu se trouve en parfait équilibre nutritif.

Le régime lacté fera suite à la diète hydrique. Des quantités de 250, puis 500 grammes de lait, on arrivera rapidement à deux litres par jour. Comme le lait demande environ trois heures pour passer dans l'intestin, on l'administrera toutes les trois heures.

De nombreux artifices (citrate de soude, kymosine), rendent le lait plus digestible.

Le régime lacté sera continué pendant un à trois mois ; puis on ajoutera au menu des bouillies de farines maltées ou autres, puis des purées et des pâtes. On arrivera ainsi au régime lacto-végétarien.

La médication classique comprend en premier lieu le **pansement gastrique** par le carbonate de bismuth. Le sous-nitrate de bismuth, acide, est rarement employé ; le carbonate présente l'avantage de dégager du CO^2 analgésiant pour la muqueuse gastrique, et d'être moins cher ; mais son prix reste très élevé et de nombreux auteurs lui préfèrent le kaolin lavé, ou les pansements à la gélose gélatine. On pourra administrer le bismuth en deux fois, le matin à jeun et le soir au coucher, toujours le plus loin possible des aliments.

Les alcalins sont précieux : bicarbonate de soude, carbonate de chaux, magnésie légère, cette dernière étant la plus saturante. On cherchera à modérer les sécrétions en supprimant le sel et en prescrivant des antisécréteurs, belladone et atropine, phosphate de chaux, etc.

A cette méthode classique de traitement de l'ulcus gastrique, divers auteurs ont apporté de nombreuses modifications : **Einhorn** alimente ses malades à l'aide de la sonde duodénale à demeure. Le traitement de **Sippy**, très à la mode ces dernières années, est rarement prescrit dans son intégrité et est plutôt désagréable pour les malades.

Enfin, nous ne ferons que citer en passant le traitement chirurgical, dont les indications sont précises et dépassent le cadre de ce travail.

Si les ulcérations du tractus digestif relèvent de l'**helminthiase**, on pourra pratiquer le pansement des ulcérations après un traitement anthelminitique; le bismuth est d'ailleurs, à dose suffisante, un des nombreux médicaments que l'on peut employer ici.

Le thymol, la fougère mâle, le semen-contra et la santoline, la mousse de Corse, etc..., trouvent chacun leurs indications.

2° DÉSENSIBILISATION. — Nous avons vu quelle pouvait être la part des phénomènes de sensibilisation dans la pathogénie de l'eczéma. Aussi est-il logique d'essayer une thérapeutique désensibilisatrice, agissant non plus sur la manifestation extérieure de la maladie, mais sur le trouble humoral qui en est la véritable cause. L'agent nocif nous échappant, on pourra essayer ici d'une médication polyvalente : la peptone, l'hyposulfite et le carbonate de soude, l'autoséro et l'autohémothérapie pourront trouver leurs indications. Dans les observations que nous publions, une seule méthode a été employée, c'est l'autohémothérapie.

C'est une méthode récemment introduite en thérapeutique, qui est encore à l'étude et dont le mode d'action a donné lieu à de nombreuses controverses. Elle consiste à réinjecter sous la peau ou dans les masses musculaires du malade, une certaine quantité de son propre sang, prélevé extemporanément par ponction veineuse.

Cette méthode, employée pour la première fois dans les dermatoses par Ravaut en 1913, a été utilisée dans un très grand nombre d'affections cutanées de nature très dissemblable. Elle se place à côté de l'auto- ou de l'hétérosérothérapie, mais ne remplit pas le même but et ne saurait se confondre avec elles, pas plus que la plasmothérapie. Mais, si la plupart des auteurs sont d'accord sur les beaux résultats qu'elle peut donner dans certains cas, son mode d'action est encore obscur, et nous en sommes, tout compte fait, réduits aux hypothèses.

« A mon sens, écrit M. le Professeur Castaigne, les phénomènes qui se produisent doivent être complexes. Sans aucun doute, interviennent les phénomènes de choc hémoclasique, comme la plupart des auteurs l'admettent. Mais dans beaucoup de ces cas, il y a, en outre, production de phénomènes antitoxiques ou anti-infectieux qui doivent avoir une autre explication. Je crois, pour ma part, qu'on n'a pas assez pensé au mécanisme suivant qui doit, à mon sens, expliquer les points encore obscurs de la méthode thérapeutique que nous avons en vue : chez un intoxiqué, ou un infecté, les substances antitoxiques qui se produisent ne sont pas exclusivement contenues dans le sérum ; elles s'accumulent, en plus, dans le stroma même des globules

rouges, auxquels elles restent extrêmement adhérentes tant l'hématie est vivante. Mais lorsqu'on soustrait du sang au malade et qu'on le réinjecte dans son tissu cellulaire, alors les globules rouges se détruisent, leur stroma se désagrège, et met en liberté les antitoxines qu'il contient. Ce sont ces antitoxines accumulées dans l'hématie et mises en liberté dans le tissu cellulaire qui expliquent, selon moi, une partie des effets heureux de l'autohémothérapie. »

Certains auteurs ont pensé à une modification de la composition du sang durant le court laps de temps où il séjourne hors de l'organisme. Le docteur Paillard, de Vittel, qui ne partage pas cette manière de voir, croit « qu'il faut surtout considérer que le sang prélevé dans une veine et réinjecté dans le tissu cellulaire ou musculaire, subit une résorption lente se produisant en grande partie par voie lymphatique. Il y a entre la constitution du sang et celle du liquide lymphatique des différences qui ne portent pas seulement sur les éléments figurés, mais très vraisemblablement aussi sur les substances dissoutes, sur toutes ces substances qui jouent un rôle dans les phénomènes d'immunité, de colloïdesclase ou d'anaphylaxie. Le passage du sang dans les voies lymphatiques, tel que le réalise l'injection du sang dans les espaces interstitiels, sollicite-t-il des réactions de défense favorables? Telle est l'hypothèse à vérifier : du moins, ne paraît-elle en désaccord avec aucun des phénomènes observés jusqu'à ce jour. »

L'emploi de l'autohémothérapie proprement dite dans les dermatoses, a été consécutif à une série d'essais de

sérothérapie, c'est-à-dire d'injections de sérum sanguin, et non de sang total.

L'une des premières méthodes en date fut celle de Mayer et Lindser, qui, en 1911, injectèrent avec succès à une femme atteinte d'herpès gestationis, du sérum de femme enceinte saine. Bientôt l'expérience montra que les mêmes résultats pouvaient être obtenus en utilisant un sérum sanguin normal de provenance quelconque : l'hétéro-sérothérapie banale donnait les mêmes résultats dans le prurigo, l'urticaire, etc... Mieux encore : Spiethoffer, en 1913, montra que le propre sérum du malade suffisait à donner les mêmes résultats, d'où l'utilisation de cette auto-sérothérapie dans toute une série de dermatoses.

En présence de ces faits, Ravaut eut, en 1913, l'idée de simplifier encore la méthode et de rechercher si l'injection du sang total prélevé extemporanément ne produirait pas des résultats analogues à ceux de l'auto-sérothérapie. Ainsi fut créée l'autohémothérapie, employée par Ravaut, puis par de nombreux auteurs, et qui obtint des résultats très intéressants, analogues à ceux de l'auto-sérothérapie.

Le mécanisme d'action de cette thérapeutique est loin d'être actuellement élucidé d'une façon certaine. Nous avons vu ce que l'on entendait par **sensibilisation**. La désensibilisation a été entreprise par de nombreux auteurs avec des procédés multiples. Ces procédés ont, en principe, pour but de tâcher de remédier aux troubles de l'état humoral, c'est-à-dire de lutter contre l'anaphylaxie, si l'organisme était sensibilisé, ou de

consolider, d'assurer l'équilibre colloïdal altéré, dans le cas d'hypersensibilité simple.

Il existe des procédés de désensibilisation spécifique, que l'on peut mettre en œuvre quand on connaît l'antigène. Ce n'est pas le cas ici. Les procédés de désensibilisation non spécifiques sont certainement beaucoup plus discutables. On est arrivé à cette notion à la suite de travaux expérimentaux : on s'aperçut qu'on pouvait empêcher chez l'animal divers phénomènes du choc, en lui injectant préalablement d'autres corps que celui qui avait sensibilisé cet animal. C'est ainsi que l'injection préalable de sérum empêchait le choc par le lait, celle de peptone empêchait le choc sérique (Biede et Kraus), etc. Et, à partir de ce moment, on constate qu'une foule de substances protéiques et aussi des composés colloïdaux, des cristalloïdes, pouvaient également avoir des propriétés skreptophylactiques. Et on les considéra comme des désensibilisants en général.

C'est dans ce groupe que de nombreux auteurs rangent l'autoséro- et l'autohémothérapie, tandis que d'autres (Spillmann, Fauvet), l'apparentent seulement. Il est intéressant de remarquer que l'emploi de l'autohémothérapie dans les dermatoses a été antérieur à l'édification de ces théories pathogéniques, et qu'elle était employée d'une manière assez empirique, de même que de nombreuses substances chimiques comme l'hyposulfite de soude (Ravaut), le carbonate de soude (Sicard), etc..., que nous avons déjà citées comme agents de désensibilisation.

Quelles seront les indications de l'autohémothérapie, et quels résultats est-on en droit d'en attendre? Dans

les cas particuliers qui nous occupent, ils ont été généralement bons : on a observé, en effet, des guérisons complètes, d'autres fois une amélioration nette caractérisée par une rétrocession rapide des éléments éruptifs, l'arrêt presque immédiat du prurit.

La part qui revient ici en propre à l'autohémothérapie est très difficile à fixer, les eczémas dont nous publions les observations ayant été attaqués en même temps par voie externe et interne, cependant que les malades étaient soumis à une diététique sévère. Il est intéressant également de rappeler que l'autohémothérapie a été instituée par Paillard **dans plusieurs cas de dyspepsie** : « J'ai essayé l'autohémothérapie chez dix malades dyspeptiques. Il s'est agi presque constamment dans ces cas, de femmes présentant de la dyspepsie acide, des douleurs précoces ou tardives après les repas, avec, en même temps, des troubles vaso-moteurs de la face et parfois des migraines. En raison de l'élément vaso-moteur, j'ai pensé que l'autohémothérapie pourrait éventuellement **combattre l'aptitude congestive de la muqueuse gastrique**, comme elle combat l'aptitude de la peau à présenter de la congestion urticaire. On peut également concevoir que la sédation qui s'exerce vis-à-vis du prurit cutané puisse se rencontrer vis-à-vis de l'hypersensibilité d'une muqueuse. »

« En fait, sans être décisifs, les résultats que j'ai obtenus sont satisfaisants et méritent la prolongation de ces recherches. J'ai pratiqué généralement des injections de 5 à 10 cm³ d'auto-sang répétées à 4 à 5 jours d'intervalle. Les injections ont été pratiquées, à de rares exceptions près, après le repas de midi, au moment

où les malades présentaient les troubles les plus accusés. »

Outre la sédation nette des douleurs, gêne et pesanteur gastriques, ainsi que de l'état céphalalgique, M. Paillard a noté d'une façon expresse une amélioration de l'état gastrique de certains de ces malades.

La technique de l'autohémothérapie est extrêmement simple. Elle consiste à prélever aseptiquement, dans une veine du pli du coude, à l'aide d'une grosse seringue stérilisée, de 2 à 20 centimètres cubes de sang. Puis, après avoir remplacé sans perdre de temps l'aiguille à ponction veineuse par une longue aiguille intra-musculaire, on pratique l'injection intra-fessière profonde au lieu d'élection. Il est inutile d'avoir recours aux substances anticoagulantes : avec un peu d'habileté et en utilisant une aiguille à ponction veineuse de fort calibre, on n'éprouve jamais d'insuccès.

La quantité optima à injecter en une fois, qui paraît, du reste, assez peu importante en elle-même, varie suivant les auteurs et suivant les cas. La plupart des auteurs se tiennent à 10 cm³; chez l'enfant, on injecte généralement 2 cm³; chez l'adulte, on va de 5 à 20 cm³. L'intervalle entre les injections est généralement de 3 à 4 jours. Lorsque le soulagement apporté au malade est net, il y a intérêt à les rapprocher et à pratiquer une injection tous les deux jours.

Lorsque l'amélioration se produit nettement dès la première injection, le traitement complet ne comporte généralement pas plus de 6 ou 8 injections. Souvent même 4 injections suffisent.

Parfois l'amélioration tarde à se produire, ne s'amorçant qu'à la quatrième ou cinquième injection. On est amené dans ces cas à faire 20 injections et plus, avec souvent des rechutes au milieu du traitement.

Restent enfin les cas où l'autohémothérapie ne produit rien, et ceux très rares où le traitement semble exacerber la dermatose. Nous en parlons seulement par analogie, car nous n'avons pas rencontré de fait de ce genre dans les cas d'ulcérations du tube digestif accompagnées d'eczémas soignés par cette méthode.

Les incidents et accidents de l'autohémothérapie ont été étudiés par Moutier et Rachet. Ils sont extrêmement rares; les auteurs les ont classés en deux groupes : les premiers sont causés par les injections elles-mêmes et débutent soit quelques heures après la piqûre, soit plus tardivement. On a signalé du malaise, de la courbature, de légères poussées fébriles, des douleurs lombaires. Quelques accidents rappelant les accidents sérieux surviennent souvent au bout de deux ou quatre jours: arthralgies avec ou sans gonflement, érythème polymorphe, poussées fébriles, malaise, etc... Mais ces faits sont exceptionnels. Dans un autre groupe, ils ont classé les cas où l'autohémothérapie déclenche des accidents analogues au syndrome morbide contre lequel elle a été instituée, ou aggrave les accidents en cours. Ils attribuèrent ces accidents à ce fait que « l'autohémothérapie qui, au moins dans la pensée de certains, vise à une désensibilisation anaphylactique, agit quelquefois par le mécanisme même du choc qu'elle cher-

che à combattre. » Mais ces accidents, d'ailleurs très rares, ne sont jamais graves.

3° TRAITEMENT EXTERNE. — La question du traitement externe des eczémas est difficile et complexe. L'eczéma est une réaction de défense, et chaque individu réagit d'une façon qui lui est propre ; de plus, l'eczéma est une dermatose irritable, qu'une attaque trop brusque risquerait d'aggraver. Dans le cas où cette affection est liée à une lésion du tube digestif, le traitement se simplifie en ce sens qu'on peut, dans de tels cas, faire une thérapeutique pathogénique en traitant l'ulcération du tractus digestif. Mais la lésion cutanée évolue pour son propre compte et est justiciable d'un traitement local.

Nous n'avons pas la prétention de reproduire ici, même en substance, la nomenclature des produits qui peuvent être utilisés ; nous rappellerons simplement les règles qu'il ne faut pas perdre de vue pour le traitement des eczémas. On devra graduer sa thérapeutique suivant l'évolution de l'affection : au début, l'eczéma, lésion inflammatoire, sera traité comme tel et justiciable des pulvérisations, des pansements humides, préconisés dès 1889 par Gaucher. Plus tard, lorsque la réaction inflammatoire s'apaise, on devra employer des topiques **inertes**, car il faut se garder d'ajouter une irritation externe aux autres causes de l'affection. C'est ainsi qu'on prescrira les pâtes à l'oxyde de zinc, par exemple.

Enfin, quand la réaction inflammatoire s'est éteinte,

on cherchera à provoquer la cicatrisation, et on pourra utiliser les agents réducteurs.

Cette division en trois périodes n'a rien d'absolu. Dans les eczémas torpides, limités, on peut, dès le début, instituer un traitement actif, en ne perdant pas de vue la notion de l'idiosyncrasie. Aussi sera-t-il prudent de débiter par des doses faibles de substance active. Mais, dans un eczéma au début, présentant bien une réaction inflammatoire, on ne perdra pas de vue que nous sommes en présence d'une réaction de défense de l'organisme, que l'on ne doit pas contrarier.

Enfin, on devra supprimer les irritations cutanées, professionnelles ou autres, les savonnages, le contact de vêtements ou d'étoffes teints pouvant être irritants, les frottements de toute espèce.

OBSERVATIONS

Les quatre premières observations que nous publions sont dues à l'obligeance de M. le Dr Lortat-Jacob.

OBSERVATION I (*Résumée*)

X..., âgé de 30 ans, a été opéré il y a un an, pour ulcus stomacal typique, par M. le Professeur Gosset. Six mois après l'intervention, il recommence à présenter des accidents digestifs, puis, quelques temps après, apparaît subitement un eczéma à la face, aux paupières et au cuir chevelu, pour lequel le malade vient consulter. Depuis trois mois, en outre, il présente des ulcérations de la cornée. Réactions de Meyer et Weber positives dans les selles.

On lui fait suivre le traitement habituel, comportant à la fois le pansement gastrique à la bouillie bismuthée, le traitement local, et des injections d'auto-sang. à raison d'une injection de 10 cm³ tous les 4 jours. Le malade guérit complètement de son eczéma, ne souffre plus de l'estomac ; on ne trouve plus trace d'hémorragies occultes.

OBSERVATION II (*Résumée*)

Mme J.-X..., 48 ans, fait en 1918 un eczéma du cuir chevelu et de la face très tenace, accompagné de troubles dyspeptiques douloureux et récidivants. Malgré les régimes exactement suivis, les médications externes et internes (Benzonaphtol) les troubles persistaient. En 1920, la malade étant à Houlgate, fait une abondante hématurie qui permet de poser le diagnostic d'ulcus stomacal. Un examen radioscopique effectué en 1922 confirme ce diagnostic en montrant un ulcus pylorique.

Les poussées eczémateuses, dans ce cas, alternaient avec les crises de douleurs gastriques. Ce n'est qu'après un traitement dirigé exclusivement contre l'ulcus pylorique que l'on pût obtenir la guérison de l'eczéma.

OBSERVATION III (*Résumée*)

Mme X..., 38 ans, est admise dans le service de M. le Dr Lortat-Jacob, à Saint-Louis, salle Alibert, pour eczéma. Elle était soignée antérieurement à l'Hôpital Saint-Antoine, par M. le Dr Mathieu, pour ulcus gastrique confirmé par la radiographie et la constatation de sang dans les selles, la poussée d'eczéma n'a cédé qu'au traitement de l'ulcus stomacal.

OBSERVATION IV (*Résumée*)

M. M..., 40 ans, vient consulter pour un eczéma de la face, rebelle, dont le début, remontant au mois de juillet 1922, a coïncidé avec la suppression de crises de diarrhées habituelles, qui amenaient des selles un peu sanglantes. Ce malade avait, avant cette époque, deux

fois par mois, des crises de diarrhée, allant à la selle parfois dix fois par jour. Il y avait à ce moment-là du sang dans les selles.

Depuis l'âge de 12 ans, il souffre facilement et fréquemment d'indigestions et de crises d'entérite. L'eczéma actuel, qui durait sans rémission depuis juillet 1922, présentait d'abord de petits placards farineux et très prurigineux, puis s'est généralisé progressivement et est devenu suintant depuis février 1923.

Ce malade a suivi le traitement habituel : pansement gastrique, traitement externe et autohémothérapie, et s'améliore progressivement.

OBSERVATION V (*Personnelle*)

Il s'agit d'une femme de 49 ans, mariée, ne présentant pas d'antécédents pathologiques notables. Elle a eu deux enfants à l'âge de 24 et de 35 ans ; pas de fausse couche à aucun moment. Elle est soignée depuis longtemps déjà pour des troubles en rapport avec une tension artérielle élevée (12 × 25 au Pachon), bourdonnements d'oreille et troubles de la vue. Réaction de Wassermann négative. Pas de lésion cardiaque ni aortique perceptible.

Cette femme suit consciencieusement un régime alimentaire très sévère, lorsqu'elle voit apparaître en février 1924 un eczéma de la face et du cuir chevelu qui devient rapidement suintant et que toutes les tentatives thérapeutiques irritent.

En même temps, la constipation augmente, les selles deviennent parfois noires ; la malade n'accuse aucune douleur autre que la démangeaison de l'eczéma. Elle s'anémie et maigrit rapidement.

Un soir, elle fait subitement une hématomèse abondante qui se renouvelle le lendemain. Six jours après, on constate un mœlena assez abondant.

Le traitement de l'ulcus gastrique probable a été appliqué dès le premier jour. La malade reste au lit six

semaines, pendant lesquels l'eczéma s'améliore nettement. Quatre mois après le début des accidents hémorragiques, il avait à peu près complètement disparu. Un examen radioscopique pratiqué à cette époque n'a rien montré de particulier.

OBSERVATION VI (*Personnelle*)

Mme M..., 35 ans, fermière, se présente à la consultation le 3 janvier 1924. Elle présente un eczéma de la face et de la partie supérieure du tronc, très douloureux, qui dure depuis une dizaine de jours, et se plaint d'insomnies, de vertiges, d'inappétence et de douleurs vaguement situées dans la région pylorique.

Pas d'antécédents héréditaires. Rien de notable dans les antécédents personnels. Pas de syphilis avouée. La malade est mariée depuis l'âge de 19 ans et n'a jamais eu d'enfant, ni de fausse couche.

Lorsque l'eczéma actuel débuta, la malade alla consulter un pharmacien qui lui remit une pommade et un « dépuratif » (ne contenant pas d'iodure). A la suite de l'application de la pommade, la lésion cutanée s'irrita et s'étendit. En même temps commencèrent presque subitement des douleurs dans la région hypogastrique, que la malade déclare n'avoir jamais ressenties avant d'avoir fait usage de son dépuratif, à l'action duquel elle les attribue.

Nous trouvons une malade paraissant souffrir beaucoup, les yeux brillants, les mouvements fébriles. La température n'est pas élevée ; la langue est blanche. Le pouls est rapide, la tension basse. Les réflexes sont normaux. La réaction de Bordet-Wassermann, dans le sérum sanguin, a été négative.

L'eczéma s'étend à la face et à la partie supérieure du tronc ; il est suintant par endroits et très prurigineux. La recherche des points douloureux de la région stomacale ne donne pas de renseignements précis. Pas de clapotage. La malade déclare avoir vomé depuis

deux jours ses aliments mêlés à des trainées noirâtres.

La recherche du sang dans les selles par les réactions de Meyer et de Weber s'est montrée positive. La malade est mise au lit dans la plus parfaite immobilité, et l'on entreprend simultanément le pansement des ulcérations probables du tractus digestif, le traitement local de l'eczéma, et la cure de désensibilisation par l'autohémothérapie.

L'amélioration simultanée des douleurs d'estomac et de l'eczéma se produit rapidement. La malade est restée au lit un mois. Elle a reçu au total 8 injections de 10 cm³ d'auto-sang à 4 jours d'intervalle les unes des autres. La recherche du sang dans les selles s'est montrée négative au bout de sept jours et n'a plus donné depuis de résultat positif.

CONCLUSIONS

— Les ulcérations de la muqueuse digestive sont très fréquemment à l'origine des divers phénomènes qui caractérisent la sensibilisation des malades vis-à-vis des causes endogènes qui créent les réactions de l'eczéma.

— Ces ulcérations sont, soit des ulcères gastriques ou duodénaux, soit des érosions minimales de la muqueuse digestive, causées souvent par des parasites.

— On les mettra en évidence chez les eczémateux par la recherche systématique et répétée du sang dans les vomissements et les selles, ainsi que par la recherche des parasites intestinaux.

— Les eczémas sont dans ces cas presque toujours localisés à la face et à la partie supérieure du tronc. Ils atteignent rarement les membres. Ils sont parfois récidivants et évoluent alternativement avec les symptômes gastriques.

— Le traitement devra s'inspirer de la pathogénie des accidents. Il importera donc d'associer au traite-

ment local de ces eczémas le pansement de la muqueuse digestive par l'absorption des bouillies bismuthées, d'entreprendre ensuite la cure de désensibilisation par les méthodes usuelles.

VU, LE PRÉSIDENT,
JEANSELME.

VU, LE DOYEN,
ROGER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- ALIBERT. — *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*. Paris, 1822.
- BAZIN. — *Leçons sur l'arthritisme*. Paris, 1858.
- BESNIER, BROcq, JACQUET. — *La pratique dermatologique*.
- BOUCHARD. — *Auto-intoxication et rôle path. de la dilatation de l'estomac*. Paris, 1884.
- *Leçons sur les intoxications*. Paris, 1885.
- CASTAIGNE J. — *Journal médical français*, oct. 1923.
- CASTAIGNE et PAILLARD. — *L'autohémothérapie dans les affections cutanées*. *Journ. méd. franç.*, 1913, p. 306.
- CHEINISSE. — *L'autosérothérapie et l'autohémothérapie pour les dermatoses*. *Presse Médicale*, 30 avr. 1921.
- DARIER J. — *Précis de dermatologie* (Masson, édit., 1924).
- DARIER et FLANDIN. — *La prédisposition dans les dermatoses*. *Bull. Méd.*, 27 janv. 1923.
- FOUQUET. — *L'autohémothérapie dans les affections cutanées*. *Journ. de Méd. int.*, 1914.
- GASTOU, PONTOISEAU et DUTREY. — *L'autohémothérapie dans le traitement des dermatoses*. *Soc. de méd. de Paris*, 24 juin 1922.
- GATÉ et DUPASQUIER. — *Considérations pratiques sur*

l'autohémothérapie en dermatologie. Journal de Médecine de Lyon, mai 1922.

GOIFFON R. — *Manuel de coprologie clinique.*

GOUGEROT. — *La dermatologie en clientèle.*

GUIART. — *Parasitologie.*

HARDY. — *Traité des maladies de la peau.* Paris, 1886.

LEVEN. — *Traité des maladies de l'estomac.* Paris, 1879.

LORRY. — *Tractatus de morbis cutaneis.* Paris, 1777.

LORTAT-JACOB. — *Relations de certains eczémas avec les ulcérations du tube digestif.* *La Médecine*, nov. 1923, p. 114.

LOUSTE, THIBAUT et G. BARBIER. — *L'autohémothérapie dans les dermatoses.* *Journ. Méd. français*, oct. 1923, n° 10.

MATHIEU A. et J.-C. ROUX. — *Pathologie gastro-intestinale*, 4° édit., Doin, édit.

MITOUR E. — *Thèse.* Paris, 1896.

MOUTIER F. et J. RACHET. — *Syndrome hémoclasique l'autohémothérapie.* *Presse Méd.*, 15 août 1923, p. 708.

MOUTIER F. et J. RACHET. — *Syndrome hémoclasique et autohémothérapie.* *C. R. Soc. de Biol.*, 13 janv. 1923.

NICOLAS, GATÉ et DUPASQUIER. — *Considérations sur l'autohémothérapie en dermatologie.* 1^{er} Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française, Masson, édit., 1923.

NICOLAS, GATÉ et DUPASQUIER. — *L'autohémothérapie en dermatologie.* *La Médecine*, nov. 1922.

PAILLARD H. — *Travaux récents sur l'autohémothérapie.* *Journ. Méd. français*, oct. 1923.

RASPILLER. — *Th.* Nancy, juin 1923.

RAVAUT. — *Essais sur l'autohémothérapie dans les dermatoses (Annales de dermat. et syphil., 1913, tome 4, p. 292).*

- *L'importance des médicaments internes en dermatologie. Presse Méd.*, 28 janv. 1920.
 - *Autohémothérapie. Presse Médicale*, 7 oct. 1922.
 - *Rapport du Congrès de Strasbourg*, 1923.
- RUBY. — *Essai d'autohémothérapie dans les dermatoses.*
- SABOURAUD R. — *Entretiens dermatologiques*, 1913.
- SICARD et GUTMANN. — *Soc. méd. des Hôp.*, 28 avr. 1923.
- SPILLMANN. — *Rapport sur la sensibilisation et la désensibilisation dans les affections cutanées. Congrès de Strasbourg*, 1923.
- STOLL. .. *Ratio medendi.* Vienne, 1777.
- WIDAL, ABRAMI et PASTEUR VALLERY RADOT. — *L'antianaphylaxie. Rapport au XV^e Congrès de Médecine*, 3-5 oct. 1921.
- WIDAL, ABRAMI et E. BRISSAUD. — *Considérations générales sur la protéinothérapie et le traitement par le choc colloïdo-clasique. Presse Médicale*, 5 mars 1921.

ACHEVÉ D'IMPRIMER LE VINGT-
HUIT JUIN 1924, PAR LA SOCIÉTÉ
D'IMPRIMERIE, D'ÉDITION ET DES
JOURNAUX DU BERRY (ERNEST
GAUBERT, DIRECTEUR) A CHA-
TEAUX, POUR LA LIBRAIRIE
AMÉDÉE LEGRAND. PARIS (VI^e)